



# *Employment* **SECURITY**

## **NEW HAMPSHIRE EMPLOYMENT SECURITY SEGURIDAD EN EL EMPLEO**

### **AUTORIZACION**

Este formulario autoriza a la persona que usted designe para revisar documentos de su reclamo (incluyendo archivos médicos e información), actuar como su intérprete , y/o comunicarse de su parte con este Departamento, por un período de 30 días a partir de la fecha en que se firma esta autorización.

Por favor, complete la siguiente información, firme y ponga la fecha y devuélvanos esta autorización tan pronto como sea posible. Usted debe designar a una persona específica y proveer su nombre completo. No se permite que sea el nombre de una empresa o una agencia.

Yo, \_\_\_\_\_, No. de Seguro Social \_\_\_\_\_  
(Nombre completo del reclamante) (# Seguro Social del reclamante)

por la presente autorizo a \_\_\_\_\_,  
(Nombre completo de la persona asignada)

el cual es mi \_\_\_\_\_, para revisar documentos  
(Relación que tiene con el reclamante)

confidenciales de reclamo e información médica respecto a mi persona que actualmente están en posesión de NH Employment Security; para ayudarme como intérprete y/o para hablar de mi parte acerca de mi reclamo o los procesos del mismo.

\_\_\_\_\_  
(Firma del reclamante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Un representante autorizado de NH Employment Security debe ser testigo cuando se ponga la firma, o debe de ser notariado por un Notario o Juez de Paz.**

En fé de lo cual, firmo y sello como Notario en la fecha arriba escrita.

\_\_\_\_\_  
Notario Público – Juez de Paz o Representante autorizado  
del Comisionado, NHES

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Si en cualquier momento usted desea cancelar esta autorización, informe a este Departamento por escrito.

Por favor, devuelva este formulario a la oficina local más cercana, o envíela por correo a:  
**NHES, P.O. Box 9506, Manchester, NH 03108-9506**